

Behov for thyroidektomi hos patienter behandlet med radioaktivt jod for benign thyroideasygdom

Mette Jegstrup Villadsen¹, Christian Hjort Sørensen², Christian Godballe³ & Birte Nygaard¹



ORIGINALARTIKEL

1) Endokrinologisk Afdeling, Herlev Hospital
2) Øre-næse-halskirurgisk Afdeling, Gentofte Hospital
3) Øre-næse-halskirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

INTRODUKTION

Nodøs struma med såvel normalt som højt stofskifte er hyppig i Danmark, og det diskuteres ofte, om den rette behandling er kirurgi eller radioaktivt jod. Formålet med dette studie var at vurdere, hvor mange og hvilke typer af patienter der ikke har tilstrækkelig effekt af behandling med radioaktivt jod (givet på indikationen benign struma/hypertyreose), og som efterfølgende har behov for thyroidektomi.

MATERIALE OG METODER

I perioden fra 1. januar 2003 til 1. januar 2008 blev i alt 873 patienter behandlet med radioaktivt jod (RI) for benign thyroideasygdom i endokrinologisk regi på Herlev Hospital. Disse patienter blev registreret konsekutivt i en behandlingsdatabase. For at identificere patienter med efterfølgende kirurgisk behandling af glandula thyroidea blev patienter fra denne database sammenkørt med Danish Thyroid Surgery Quality Register (THYKIR)-database, som indeholder mere end 98% af alle patienter, som siden 1. januar 2001 har fået foretaget thyroidekirurgi på de danske øre-næse-halskirurgiske afdelinger og med data fra Landspatientregisteret.

RESULTATER

Af 873 RI-behandlede patienter var 25 patienter efterfølgende blevet opereret pga. fortsatte gener trods RI-behandlingen.

I alt 16 patienter blev opereret for nodøs atoksisk struma, og af disse fik ni patienter foretaget total thyroidektomi (volumen var mediant 208 ml (spændvidde 33- 514 ml)). To af disse patienter havde tidligere fået foretaget subtotal thyroidektomi og havde

aktuelt recidiv. Hos den ene blev der fjernet 514 g væv uden komplikationer, og hos den anden patient blev der fjernet 118 g med komplikationer i form af bilateral recurrensparase og hypoparathyroidisme. Syv patienter fik foretaget hemityroidektomi uden komplikationer (medianvolumen 30 ml (spændvidde 15-210 ml)).

Fem patienter blev opereret for nodøs toksisk struma uden operative komplikationer. Det mediane operative volumen var 25 ml (spændvidde 5-247 ml). I denne gruppe fandtes tilfældigt cancer hos to patienter; en med et 2 mm stort medullært karcinom, den anden gennemgik total thyroidektomi pga. adenomer i begge lapper, hvor man fandt et 3-mm stort papillært karcinom i begge lapper.

Tre patienter blev opereret med total thyroidektomi for resistent, diffus toksisk struma uden komplikationer (volumen 22-157 ml).

En enkelt patient blev opereret for diffus atoksisk struma (Hashimotos tyroiditis) med hemityroidektomi (20 ml) uden komplikationer.

DISKUSSION

Grænsefladen mellem indikationen for behandling med radioaktivt jod og kirurgi diskuteres ofte. Det optimale ville være at foretage et randomiseret studie, men de to behandlingsmodaliteter indebærer imidlertid meget forskellige behandlingsforløb, og patienterne har ofte selv en præference. Dette vanskeliggør i høj grad gennemførelse af et regelret randomiseret klinisk forsøg. Ovenstående berettiger derfor et retrospektivt studie af en RI-behandlet patientgruppe for at vurdere, om de aktuelt brugte indikationer for radioaktiv jodbehandling er relevante, eller om disse bør revurderes.

KONKLUSION

Effekten af RI-behandling var hos 848 ud af 873 (97%) tilstrækkelig til at kurere patientens problem, således at kirurgi kunne undgås. I gruppen af patienter med atoksisk struma fandtes en undergruppe med meget stor struma, som ikke havde tilstrækkelig gavn af behandlingen med radioaktivt jod i den nuværende form.

DANISH MEDICAL JOURNAL: Dette er et resume af en originalartikel publiceret på www.danmedbul.dk som Dan Med Bul 2011;58(12):A4343



Surgery of a large nodular goitre.